

Stratégies de contrôle de maladies transmissibles

Ministère de la Communauté française
Direction générale de la Santé

Infection néonatale précoce à Streptocoques B (GBS - Genital B Streptococcus)

Streptococcus agalactiae.

Incubation	De 0 à 7 jours avec une moyenne de 1 à 10 heures après la naissance.
Diagnostic clinique	Atteinte de l'état général, dyspnée, apnée, développement rapide d'une détresse respiratoire sévère, fièvre, septicémie avec état de choc et éventuellement atteinte méningée. Taux de mortalité : 50 %.
Labo.	Hémoculture, culture de LCR et d'aspirations bronchiques (chez l'enfant intubé). Formule hémoleucocytaire et bilan inflammatoire (CRP - C Reactive Protein, ...); si normal, à répéter au moins à 12 et 24 heures avant d'exclure une infection.
Cas probable	Présentation clinique (sepsis, pneumonie et/ou méningite) associée à une leucocytose (ou neutropénie) et augmentation de la CRP (C Reactive Protein) sur au moins deux prélèvements, non confirmée par une culture positive d'un site profond chez un bébé colonisé par des GBS (Genital B Streptococcus) (oreille, omphalite, gorge,...) ou encore chez un bébé né d'une mère colonisée à l'accouchement (tractus génital) par des GBS (Genital B Streptococcus).
Cas confirmé	Image clinique (sepsis, pneumonie et/ou méningite) chez un bébé de moins de 7 jours et confirmée par la présence de GBS (Genital B Streptococcus) dans une hémoculture ou une culture de sécrétions bronchiques.
Réservoir	Ce germe est un commensal des tractus digestif et génito-urinaire avec une prévalence de colonisation de 10 à 30%.
Transmission	Verticale, in utero par voie ascendante au travers des membranes rompues (ou intactes), à l'accouchement par contact et inhalation lors du passage dans la filière pelvienne, ou plus rarement par voie sanguine. De 40 à 60% des bébés nés de mères colonisées sont contaminés à la naissance ; seulement 1 à 4 % de ces enfants présentent une infection précoce.
Saison	Aucune en particulier.
Age	De 0 à 7 jours.
Incidence	En 2001, le réseau des laboratoires vigies de l'ISP a enregistré 9 cas de méningite dus au <i>Streptococcus agalactiae</i> .

Facteurs de risque	Colonisation vaginale maternelle à l'accouchement ; rupture prolongée de la poche des eaux (plus de 18 h) ; fièvre maternelle pendant le travail (> à 38° C) ; bactériurie à GBS (Genital B Streptococcus) pendant la grossesse ; infection néonatale précoce à GBS (Genital B Streptococcus) lors d'une grossesse précédente et prématurité (moins de 37 semaines).
Contagiosité	Risque de transmission mère-enfant (réduit par une antibioprophylaxie intrapartum) ou de transmission nosocomiale via les mains. Tout individu colonisé constitue un réservoir.
Immunité	
Traitement	<p>Antibiothérapie adaptée et soins intensifs.</p> <p><u>Sepsis présumé</u> : Ampicilline (100-150 mg/kg/jour) plus gentamicine jusqu'à identification du microorganisme.</p> <p><u>Bactériémie</u> : Pénicilline G (200.000 U/kg/jour) pendant 10 jours.</p> <p><u>Méningite présumée</u> : Ampicilline (300 mg/kg/jour) plus gentamicine jusqu'à stérilisation du LCR et documentation de la sensibilité à la pénicilline G (CMI < ou = 0,6 mg/L).</p> <p><u>Méningite</u> : Pénicilline G (450.000 - 500.000 U/kg/jour) pendant 14 jours minimum.</p>
Déclaration	Oui.
Autorité à alerter	Médecin responsable de l'inspection d'hygiène.
Santé publique	Cfr. mesures préventives générales.
Mesures vis-à-vis du patient des proches de l'entourage	
Eviction de l'école	
Isolement à l'hôpital. Mesures	Isolement de l'enfant. Renforcer le lavage des mains. Désinfecter le matériel en contact avec des sécrétions.
Mesures prévent. générales	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les femmes colonisées à la fin de la grossesse entre les 35 et 37^{ème} semaines, par culture de frottis « vagin + anus » ou identifier les parturientes colonisées, dès leur admission par un test de dépistage rapide sur un prélèvement vaginal. - L'administration d'une antibioprophylaxie, au début du travail, aux femmes identifiées colonisées par GBS (Genital B Streptococcus) lors d'un dépistage prénatal entre 35-37 semaines de gestation (ou encore en intrapartum par un test rapide) est actuellement la méthode la plus efficace pour prévenir l'infection néonatale précoce. Si le statut de colonisation est inconnu, administrer une antibioprophylaxie aux femmes présentant au moins un facteur de risque (voir précédemment).

Mesures prévent. générales	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs schémas d'antibioprophylaxie sont proposés par le CDC (Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, USA) et par le Conseil Supérieur d'Hygiène (Belgique) : <u>Recommandé</u> : Pénicilline G, 5mU IV initialement, suivies par 2,5 mU IV toutes les 4 heures jusqu'à l'accouchement. <i>Si allergie à la pénicilline</i> : <ul style="list-style-type: none"> . <i>et faible risque d'anaphylaxie</i> : Cefazoline, 2 gr IV initialement, suivis par 1 gr IV toutes les 8 heures jusqu'à l'accouchement; . <i>et risque d'anaphylaxie</i> : Clindamycine 900 mg IV toutes les 8 heures jusqu'à l'accouchement. - En général, la prise en charge des enfants asymptomatiques nés de mères ayant reçu une antibioprophylaxie plus de 4 heures avant la naissance devrait être basée sur leur observation étroite, à la recherche de signes ou de symptômes d'infection pendant 48 heures. Pour les enfants nés d'une mère avec une indication d'antibioprophylaxie mais non reçue ou depuis moins de 4 heures, une évaluation biologique limitée (au moins deux fois une formule hémoleucocytaire et CRP - C Reactive Protein) et leur observation étroite, à la recherche de signes ou de symptômes d'infection pendant 48 heures est recommandée. - En présence de signes d'infection : une antibiothérapie empirique (ampicilline + gentamicine) est entreprise après un bilan infectieux. Ce traitement devrait être interrompu après 48 à 72 heures si les évaluations biologiques et cliniques ne confirment pas l'infection à GBS (Genital B Streptococcus).
Vaccination	Inexistante actuellement, mais en développement (à administrer aux futures mères).
Protection passive	Inexistante.
Remarques	
Matériel labo.	Flacon pour hémoculture, écouvillon avec milieu de conservation type AMIES ou STUART et autres tubes stériles appropriés au transport des différents prélèvements à mettre en culture.
Echantillon & Conservation	Sang, LCR, aspiration broncho-alvéolaire et urine (ponction sus-pubienne). Recherche immédiate recommandée. (Le germe reste cependant viable pendant plusieurs heures dans les conditions habituelles de conservation des prélèvements).
Transport : Milieu-Conditions	Conditions habituelles de transport des prélèvements.
Ressource scient.	Dr P. Melin, U.Lg. Tél.: 04/366 24 52 ou 366 24 38.
Labo. de référence	Dr P. Melin, Service de Microbiologie Médicale - B 23 - CHU de Liège, Sart Tilman - 4000 Liège - Tél.: 04/366 24 52 ou 366 24 38. email : Pierrette.melin@chu.ulg.ac.be